

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

José P. de CARVALHO

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien élève des services ophtalmologiques
de Lariboisière et des Quinze-Vingts

Autoplastie Palpébro-Faciale à lambeau pédiculé cervical

(PROCÉDÉ DE SNYDACKER)

AVEC OU SANS UTILISATION DU PÉDICULE

(TECHNIQUE MODIFIÉE PAR MORAX)

Président : M. HARTMANN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1918



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

153

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

José P. de CARVALHO

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien élève des services ophtalmologiques
de Lariboisière et des Quinze-Vingts

Autoplastie Palpébro-Faciale à lambeau pédiculé cervical

(PROCÉDÉ DE SNYDACKER)

AVEC OU SANS UTILISATION DU PÉDICULE

(TECHNIQUE MODIFIÉE PAR MORAX)



Président : M. HARTMANN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	LETULLE
Opérations et appareils.	PRENANT
Anatomie topographique.	N.
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	P. CARNOT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
Bactériologie.	ROGER
	BEZANCON
	GILBERT
	DEBOVE
Clinique médicale.	CHAUFFARD
	WIDAL
	HUTINEL
Maladies des enfants.	DUPRÉ
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	HARTMANN
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	N.
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBoullet	RICHAUD	
GUENIOT	LEGREY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR HENRI HARTMANN

Chevalier de la Légion d'honneur
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine

*Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette
thèse.*

A MES MAÎTRES EN OPHTALMOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR V. MORAX

Ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail et a bien voulu nous aider de ses conseils éclairés. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et dévoués.

MONSIEUR LE DOCTEUR E. VALUDE

Médecin de l'hospice National des Quinze-Vingts
Officier de la Légion d'honneur

Je suis heureux de pouvoir lui dire ici mon respectueux attachement et ma sincère reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. POULARD

Ophtalmologiste des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHARD

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBINEAU

Chirurgiens des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON

Témoignage de vive gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT

Hommage reconnaissant.

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS

MONSIEUR LE DOCTEUR TROISIER

MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMBE

Médecins des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheurs des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BARRET

Chef de Laboratoire de Radiologie des Enfants-Assistés

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

*Témoignage de profonde af-
fection.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR A. T. PINTO
(1827-1915)

A MON ONCLE

LE DOCTEUR J. PAES DE CARVALHO

*Qu'il trouve ici l'expression de
mon affectueuse reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Au cours de nos années d'externat dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière, nous nous sommes vivement intéressé aux divers procédés autoplastiques grâce auxquels on peut corriger certaines déformations des paupières et des régions périorbitaires,

Ces déformations relativement rares en temps normal (brûlures, épithélioma, lupus, etc.), sont devenues très fréquentes depuis la guerre actuelle où la face, si imparfaitement protégée par la tranchée et par le casque métallique, est particulièrement exposée aux diverses plaies par éclats d'obus ou par balle.

Pour remédier à ces mutilations faciales de guerre, les méthodes de restauration cosmétique ne sauraient être trop nombreuses, et il faut faire bon accueil aux nouveaux procédés permettant de rendre aux blessés un aspect aussi normal que possible. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de réunir

quelques observations inédites à celles publiées jusqu'à ce jour et de consacrer à l'opération de Snyder ce travail inaugural.

Autoplastie Palpébro-Faciale

à lambeau pédiculé cervical

(PROCÉDÉ DE SNYDACKER)

Avec ou sans utilisation du pédicule

(TECHNIQUE MODIFIÉE PAR MORAX)

HISTORIQUE

1^o *Exposé des diverses méthodes d'autoplastie*

La pratique des restaurations esthétiques de la face remonte à la plus haute antiquité.

La *méthode indienne*, qui utilise un lambeau pédiculé pris dans le voisinage, avec rotation du pédicule, a été employée de temps immémorial dans l'Inde, pour remédier à certains mutilations nasales, pathologiques ou disciplinaires.

Importée en Europe au XIX^e siècle, cette méthode a été adaptée en particulier à la blépharoplastie et donna d'excellents résultats associée, par Denonvilliers, à la suture des paupières de Lisfranc et Mirault, d'Angers.

Dans la *méthode italienne*, on prélève un lambeau pédiculé au bras, celui-ci restant fixé plusieurs jours autour de la tête jusqu'à ce que l'établissement

d'une nutrition suffisante permette la section du pédicule.

Cette méthode semble avoir été découverte en 1442 par le Sicilien Antoine Branca qui obtint de nombreux succès mais resta inconnu. Employée par Bojani, elle fut décrite de façon magistrale par Gaspard Tagliacozzi (1597) qui fut considéré à juste titre comme l'auteur de la méthode.

Celle-ci, tombée dans l'oubli, a été reprise par Reneaulme de la Garanne et par de Graefe qui eurent l'idée de porter directement le lambeau réparateur sur la perte de substance, sans attendre le bourgeonnement ou la rétraction du lambeau.

Enfin, P. Berger (1878-1880) utilisa également le lambeau fraîchement taillé et recommanda le premier en 1889 la méthode italienne comme procédé de blépharoplastie.

L'écueil de cette méthode réside en la difficulté de contention du bras.

Celui-ci, immobilisé dans une position extrêmement pénible, même après un entraînement préalable, doit être intimement fixé à la tête pendant un temps plus ou moins long. Pour cela, il existe des dispositifs multiples dont les moins incommodes sont la camisole orthopédique de Berger (1889) et l'appareil plâtré amovo-inamovible de Lagrange et Madamet (Bordeaux, 1903).

Pour compenser un tel inconvénient, la méthode italienne a des avantages indiscutables : 1° lorsque le tissu environnant est cicatriciel, le prélèvement éloi-

gné du lambeau réparateur rend vraiment service ; 2^o attendu qu'il s'agit le plus souvent de corriger une difformité, il est rationnel de ne pas en créer une nouvelle (la cicatrice opératoire de prélèvement) et de prélever de préférence un lambeau à distance.

Dans la suite de ce travail on verra que, dans le procédé de snydacker, les mêmes avantages existent sans le supplice de l'immobilisation du bras.

Dans la *méthode dite française* (Celse), les procédés par interversion de lambeaux ou par glissement sont extrêmement nombreux et ne diffèrent souvent entre eux que par un petit détail. On en a décrit une grande quantité, ce qui a fait dire à de Wecker : « La blépharoplastie est une opération de la chirurgie pour laquelle on a bien plus mis à l'œuvre la plume et le crayon que le bistouri. »

Tous ces procédés ont souvent le défaut de laisser les cicatrices apparentes, lorsque celles-ci ne sont pas dissimulées dans les plis naturels de la peau. Mais, d'une manière générale, dans certaines difformités très localisées où une opération minime suffit parfois à modifier l'aspect esthétique, la méthode française est indiquée et peut donner d'excellents résultats.

L'autoplastie *par greffe*, où il s'agit, non de refaire une paupière mais d'épidermiser la surface à recouvrir, est d'invention relativement récente puisqu'elle remonte à peine à cinquante ans.

Les premiers lambeaux, employés par Reverdin (1869), ne mesuraient que 4 à 5 millimètres et com-

prenaient seulement l'épiderme plus la couche toute superficielle du derme. Les lambeaux d'Ollier et de Tiersch étaient légèrement plus épais et surtout plus étendus. Ceux de Krause-Wolfe Le Fort comprenaient la peau et son panicule. Actuellement la greffe dermo-épidermique est surtout employée, de préférence aux greffes cutanée et épidermique.

2^o *Historique et caractéristiques de l'opération de Snyderker.*

La première malade opérée suivant son nouveau procédé a été présentée en 1905 par E.-F. Snyderker, ophtalmologiste de l'hôpital Michael Reese, à la Société d'Ophtalmologie de Chicago.

L'année suivante, l'observation était publiée dans les *Archives of Ophtalmology*, sous le titre d'*Autoplastie des paupières au moyen d'un lambeau cutané prélevé au niveau du cou*.

L'observation II de Snyderker paraissait en 1907 dans les *Klinische Monatsblaetter für Augenheilkunde* ; puis Morax, dans les *Annales d'oculistique* de janvier 1908 rapportait trois cas dont deux comportaient une modification de la technique de Snyderker désignée sous le nom d'« Autoplastie à lambeau pédiculé cervical en deux temps. »

En juin 1909, del Mazo publiait à Madrid un cas de « Blépharoplastie par le procédé de Snyderker » opéré avec un excellent résultat.

En 1915, Morax pratiquait chez 4 malades l'opéra-

tion de Snyder, avec ou sans utilisation du pédicule. Les observations, relatées ci-après, sont inédites.

Enfin, Snyder, dans une lettre datée de mai 1916, a bien voulu nous adresser le résumé de deux observations où il avait appliqué la modification de technique préconisée par Morax.

Du fait même qu'elle utilise un lambeau pédiculé avec rotation du pédicule, l'opération de Snyder n'est qu'une variété de la méthode indienne.

Mais ce qui fait l'originalité du procédé, c'est le prélèvement éloigné du lambeau, comme dans la méthode italienne.

Snyder a donc réuni dans son procédé les avantages des deux méthodes : excellente prise habituelle des lambeaux pédiculés ; absence de cicatrices faciales de prélèvement.

Il en a évité aussi les inconvénients : cicatrices opératoires périorbitaires (méthode indienne) ; difficulté considérable de la contention du bras (méthode italienne).

Autre caractéristique digne de remarque : la longueur et la largeur des lambeaux réparateurs.

En osant tailler des lambeaux si étendus, Snyder a rendu service à la chirurgie autoplastique.

En outre, le fait de faire passer en pont sur la joue un lambeau privé en grande partie de toute connexion nutritive, mérite d'être signalé. C'est pourquoi j'ai tenu à le mettre en évidence, en insistant sur son originalité.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION DE SNYDACKER

1° Soins préopératoires.

L'importance d'une asepsie rigoureuse au point de vue de l'évolution des autoplasties est unanimement reconnue par tous les chirurgiens. Aussi faudra-t-il s'assurer, en examinant les tubes-témoins, de la stérilisation parfaite des instruments et des objets de pansement.

Le malade aura été baigné la veille. 1° Si *c'est un homme*, il sera rasé de près, notamment au niveau de la joue qui doit supporter le contact du lambeau en pont. Ses cheveux seront coupés à la tondeuse. On sacrifiera, en partie ou en totalité, les moustaches, pour peu qu'elles risquent de compromettre la stérilité du champ opératoire.

2° S'il s'agit d'une femme, les cheveux seront coupés dans un rayon de 10 à 15 centimètres autour de la mastoïde.

Les cheveux non coupés seront réunis en une ou plusieurs nattes et fixés de façon à ne pas se défaire pendant l'intervention ou au cours des pansements ultérieurs.

Le matin de l'opération, le malade sera à jeun

en raison de l'anesthésie générale. On donnera de préférence le chloroforme dont l'administration peut se faire, une fois le patient endormi et l'asepsie des téguments terminée, à l'aide d'un porte-compresse stérilisable dont l'emploi dans le cas présent est indispensable.

L'opération de Snyderaker semble n'avoir jamais été faite sous-anesthésie locale ou régionale. Ce mode d'anesthésie n'est nullement contre-indiqué et rien ne s'oppose à son emploi.

Les paupières seront longuement frottées au savon liquide stérile, les cils seront coupés, la cavité conjonctivale abondamment irriguée à l'aide d'un ballon laveur contenant du cyanure de mercure à 1/6000 stérilisé à l'autoclave. A partir de 2 centimètres environ des bords palpébraux, les téguments pourront et devront être badigeonnés de teinture d'iode, celle-ci étendue d'un tiers de son volume d'alcool à 90 degrés.

Des champs stériles circonscriront le champ opératoire. Le chirurgien et ses aides porteront des gants de caoutchouc stériles.

2° Préparation de la surface cruentée

Le malade une fois endormi, le premier acte opératoire consiste soit à faire l'exérèse de la tumeur, si tumeur il y a, soit à libérer la paupière ectropionnée par une incision parallèle au bord palpébral. Ceci

fait, il est indispensable de suturer les paupières après avivement des bords libres. Cette tarsorrhaphie est toujours nécessaire. Elle sera maintenue pendant toute la période de cicatrisation, c'est-à-dire plusieurs mois.

La surface cruentée une fois mise à nu, on en dissèque les bords assez largement et assez profondément pour éviter la moindre traction. L'hémostase doit être l'objet de la plus grande attention. Un suintement sanguin, même peu abondant, suffit à empêcher l'adhérence du lambeau greffé. Si le sang coule en plus grande quantité, il se forme sous le greffon un hématome qui peut compromettre le résultat de l'autoplastie. Il convient donc de pincer et de lier les vaisseaux qui saignent, ou bien, si l'hémorragie se fait en nappe, un tamponnement prolongé et compressif suffira à l'arrêter.

3° *Prélèvement du lambeau cervical*

Avant de décrire ce temps opératoire, nous croyons utile d'esquisser un aperçu anatomique de la région du cou au niveau de laquelle se fera le prélèvement du lambeau.

La région sterno-cléido-mastoïdienne occupe la face latérale du cou, en empiétant en bas sur la face antérieure. Sa forme est celle d'un quadrilatère très allongé ; sa direction est oblique en bas, en avant et en dedans.

Elle est délimitée en avant par le bord antérieur

du sterno-cléido-mastoïdien, en arrière par le bord postérieur du même muscle, en haut par l'apophyse mastoïde, en bas par l'extrémité interne de la clavicule et la fourchette sternale.

Les limites de la région en profondeur ne nous concernent pas, car le prélèvement du lambeau n'intéresse que les plans superficiels.

Rapports superficiels. — En allant de la superficie vers la profondeur, on trouve successivement la peau, le peaucier et le tissu cellulaire, celui-ci contenant des vaisseaux et des nerfs.

1° *La peau.* — Fine, glabre, elle s'harmonise très bien avec la peau des paupières ; mobile, extensible, elle est facile à disséquer et permet de combler par simple rapprochement la plaie de prélèvement.

2° *Muscle peaucier.* — La peau ne présente qu'une mince couche adipeuse et semble faire corps avec le peaucier auquel elle est unie par des adhérences, peu serrées d'ailleurs. Chez les individus d'un certain embonpoint, et notamment chez la femme, il s'interpose entre le muscle et la peau une lame grasseuse d'épaisseur variable qui facilite la dissection. Le peaucier, dont les fibres sont contenues dans un dédoublement du fascia superficialis, se porte obliquement en haut et en dedans. Il croise donc en X le sterno-cléido-mastoïdien sur lequel il se moule. Le peaucier ne recouvre d'ailleurs que les deux tiers inférieurs de la région carotidienne, le tiers supérieur se trouvant en rapport direct avec la peau doublée de son panicule adipeux.

3° *Tissu cellulaire.* — Au-dessous du laucier, l'espace sous-musculaire est constitué par du tissu cellulaire lâche. C'est pourquoi la mobilité de cet espace est très grande. Grâce à cette mobilité, on peut prélever des lambeaux d'une étendue considérable sans éprouver de difficulté pour la coaptation de la plaie.

Vaisseaux et nerfs. — Dans cet espace cheminent des vaisseaux et des nerfs. Ces derniers sont des branches du plexus cervical superficiel. Elles émergent toutes au niveau du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien : les branches auriculaire, sus-claviculaire et cervicale transverse occupent notre région ; les deux autres branches, sus-acromiale et mastoïdienne, s'en écartent rapidement.

Le plan artériel est constitué par des artères de petit calibre, négligeables au point de vue chirurgical si on vient à les couper, mais très intéressantes au point de vue du pronostic de l'autoplastie ; en effet, dans un cas où le lambeau a particulièrement bien pris (obs. IX), la section du pédicule a montré la présence d'une artère qui n'était sans doute pas étrangère à la vitalité du lambeau et à son adaptation parfaite.

Le plan veineux est constitué par la veine jugulaire externe. Son trajet peut être représenté par une ligne tirée de l'angle maxillaire au milieu de la clavicule. La jugulaire externe croise donc en X la région sterno-cléido-mastoïdienne qu'elle aborde un peu au-dessus de l'os hyoïde et qu'elle quitte bientôt

pour perforer l'aponévrose cervicale superficielle et se jeter dans la veine sous-clavière. La jugulaire externe reçoit, en arrière, les veines auriculaires postérieures, occipitales, sous-cutanées du cou ; elle communique surtout, en avant, avec la jugulaire antérieure par des anastomoses, formant plusieurs vaisseaux de grosseur variable qui croisent le sterno-cléido-mastoïdien et peuvent ainsi constituer un obstacle à la dissection du lambeau.

Peau, peaucier, tissu cellulaire, recouvrent le muscle sterno-cléido-mastoïdien, engainé lui-même dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale superficielle. Ce muscle est en rapport en avant avec les régions parotidienne, sus et sous-hyoïdienne ; en arrière avec la région sus-claviculaire, et, tout en haut, avec la nuque, mais présente surtout des rapports importants avec le paquet vasculo-nerveux qu'il recouvre complètement ou incomplètement, suivant les auteurs.

Pratiquement, dans la position de prélèvement du lambeau, qui est celle de la ligature des carotides (la tête en extension et la face tournée du côté opposé au côté opéré), le muscle est largement étalé au-devant de la gouttière vasculaire et constitue pour son contenu une protection efficace. Au premier abord, l'idée de tailler un lambeau de 10 à 20 centimètres de long, paraît quelque chose d'extraordinaire. Or, on n'a guère à craindre la nécrose des tissus quand on se conforme au principe suivant : il faut que le lambeau soit choisi assez long

et assez large pour que le pédicule n'offre dans la position de rotation aucune tension susceptible de comprimer les vaisseaux et de compromettre ainsi la nutrition du lambeau.

Au reste, le prélèvement du lambeau constitue l'un des temps délicats de l'opération, celui dont dépendra souvent le succès ou l'échec de l'autoplastie.

Le première incision de Snvdacker, de direction sensiblement verticale, partait de la région située immédiatement sous l'angle de la mâchoire et atteignait presque la clavicule.

Le pédicule, au niveau de l'angle maxillaire, mesurait 2 centimètres de largeur. De plus, l'extrémité inférieure du lambeau était divisée, dans le sens de la longueur, en deux lanières, une pour chaque paupière.

Dans l'observation II, l'incision commence à 1 centimètre au moins au-dessous de l'angle de la mâchoire. En outre, la direction n'est plus verticale, mais suit le trajet du sterno-cléido-mastoïdien. Cette obliquité a pour Snvdacker un double avantage ; la torsion du pédicule est moindre et la cicatrice cervicale, superposée à la saillie musculaire, est moins apparente.

Pour Morax, la longueur du lambeau varie suivant la situation du point extrême à recouvrir. Cependant il faut escompter la rétraction du lambeau, aussi bien en longueur qu'en largeur, et ne pas craindre d'allonger l'incision de 1 ou 2 centimètres.

« D'une manière générale, on peut indiquer comme

« limite inférieure moyenne le bord inférieur de la
« tête de la clavicule du côté correspondant à l'auto-
« plastie. L'incision cutanée partira d'un point situé
« au-dessous et un peu en arrière de l'insertion du
« lobule de l'oreille, de façon à éviter la section des
« branches du facial. De ce point, elle gagnera obli-
« quement la ligne médiane inter-claviculaire. Là,
« elle décrira une courbe ou une pointe et remontera
« parallèlement jusqu'à un point de quelques centi-
« mètres (2 à 3) inférieur et d'au moins 5 centimètres
« postérieur à l'insertion du lobule de l'oreille. La
« largeur du lambeau devra être plutôt exagérée,
« car il est facile de réunir les téguments du cou
« après ablation d'un lambeau de 5 à 7 centimètres
« de largeur.

« Les deux incisions cutanées peuvent être con-
« duites parallèlement, mais il est peut-être préférable
« de les faire diverger légèrement vers le haut, en
« d'autres termes de donner un peu plus de largeur à
« la moitié supérieure qu'à la moitié inférieure du lam-
« beau. »

Dans l'observation XI, Snydacker modifie légère-
ment le tracé du lambeau. Il taille celui-ci « quelque
« peu semi-circulaire à concavité antérieure, l'extré-
« mité aboutissant plus en avant que dans les inci-
« sions précédemment décrites. » De cette façon, la
torsion du pédicule semble certainement atténuée.

Dans le même ordre d'idées, on pourrait ajouter à
la concavité antérieure préconisée par Snydacker
une concavité postérieure plus rapprochée de l'extré-

mité, si bien que l'ensemble du lambeau une fois mis en place affecterait la forme d'un col de cygne. Ceci est une simple suggestion qu'il faudrait expérimenter afin d'apprécier sa valeur pratique.

Il y aurait d'ailleurs lieu, dans ce cas, de faire un tracé préalable du lambeau en prenant les mensurations nécessaires et en découpant, au besoin, un patron en papier ayant exactement les dimensions des surfaces cruentées (Lagrange). Ce patron, appliqué sur l'extrémité présumée du lambeau au niveau du cou, permettrait de dessiner avec précision les contours du lambeau à transplanter, en tenant compte, bien entendu, de la rétraction habituelle (un quart de la surface environ).

4° Réunion de la plaie cervicale

Le lambeau une fois disséqué, on peut procéder immédiatement à sa fixation à la surface cruentée. Nous conseillons plutôt de le mettre momentanément de côté, en l'enveloppant dans des compresses stériles et de réunir sans délai la plaie cervicale.

Les bords de cette plaie doivent être libérés sur une étendue variable, en rapport avec la facilité plus ou moins grande du rapprochement.

La réunion de la plaie comporte :

1° Des points de soutien, destinés à lutter contre la traction de la peau : sutures en U au crin de Florence, espacées de 4 à 5 centimètres et perforant la peau à 2 centimètres environ des bords de la plaie ;

2° Ces points de rapprochement facilitent la suture proprement dite que l'on fait au moyen d'agrafes de Michel ou de crins de Florence, en affrontant très exactement les deux lèvres de la plaie. Plus le chirurgien prêterait d'attention à cet acte opératoire, et moins disgracieuse sera plus tard la cicatrice de prélèvement. La réunion de la plaie cervicale achevée, on applique sur le cou un pansement provisoire et l'on procède à la fixation du lambeau greffé.

5° Fixation du lambeau greffé

L'extrémité du lambeau est appliquée sur la perte de substance. Les sutures sont faites à la soie. L'opérateur doit y consacrer ses soins, surtout pour les sutures en U qui doivent être faites minutieusement. Des points de suture simples à la soie fine pourront alterner avec les points en U, à condition que l'affrontement, déterminé par ces derniers, soit parfait.

Après la fixation du lambeau, il reste, accolé à la peau de la joue par sa face cruentée, un lambeau en pont qui sert de trait d'union entre l'insertion du pédicule et le greffon.

6° Pansement

Nous nous servons volontiers, pour le pansement des greffes, de tulle gras, qui empêche l'adhérence des compresses avec la plaie, en permettant néanmoins la filtration des liquides organiques à travers

les mailles du tulle. Nous conseillons vivement l'usage de cet isolant.

Le tulle gras s'applique à même la plaie où ses qualités d'isolant perméable faciliteront les pansements ultérieurs. Par dessus, on met des compresses de gaze stérile et du coton hydrophile, puis du coton cardé, également stérilisé. Autour du lambeau en pont, des compresses disposées de part et d'autre du pédicule, le protègent, « comme dans une tranchée », contre la compression possible du pansement.

Une large bande Velpeau permettra d'englober dans le même pansement la tête, le cou et les épaules.

Une fois dans son lit, la malade sera surveillé de près : on évitera que les vomissements post-anesthésiques ne souillent le pansement, puis on placera la tête en flexion et inclinée du côté opéré. Cette position a pour but de supprimer toute traction sur le lambeau et tout tiraillement sur le greffon.

Le pansement sera renouvelé au bout de trois jours, puis tous les deux jours. Le pont cutané sera l'objet d'une surveillance spéciale, car le suintement séro-purulent constant de sa surface cruentée constitue pour la greffe voisine une source d'infection. Cette surface, badigeonnée tous les deux jours de teinture d'iode ainsi que la peau de la joue, sera au besoin débarrassée par un curettage de son panicule bourgeonnant infecté.

7° Section du pédicule

Dans les observations relatées plus loin et résumées dans un tableau synoptique, le pédicule a été sectionné après un nombre très variable de jours (6 jours au minimum et 28 au maximum, 9 à 14 jours en moyenne).

On sectionnera le pédicule cervical, puis le pédicule adjacent au greffon, à moins qu'on ne veuille utiliser ce pont pour une seconde greffe et réaliser le *deuxième temps* de l'autoplastie.

8° Autoplastie secondaire

Ce deuxième temps opératoire a été imaginé par Morax et décrit dans *les Annales d'Oculistique* de janvier 1908. Une fois le pédicule coupé au niveau de son insertion cervicale, le pont cutané n'est plus fixé qu'au niveau de la greffe. La nutrition par ce point étant suffisante, on pourra utiliser le pédicule en vue d'une autoplastie secondaire.

Préparation du lambeau (Morax). — « En ren-
« versant le lambeau après l'avoir détaché de son
« insertion cervicale, on constate aisément qu'il
« est tapissé de bourgeons charnus dont il sera
« nécessaire de le débarrasser par un curettage éner-
« gique. D'autre part, les bords du lambeau ont une
« tendance à se renverser en dedans. Cet arrondis-
« sement du pont, qui résulte d'une rétraction cic-

« tricielle du derme, est d'autant plus marquée que
« l'on a attendu davantage pour exécuter le *deuxième*
« *temps*. Il sera donc préférable de ne pas attendre
« plus de quinze à vingt jours. Il est nécessaire
« d'aviver les bords du lambeau pour que l'affronte-
« ment avec les lèvres de la nouvelle plaie à combler
« soit aussi parfait que possible.

« Malgré le soin que l'on apporte à nettoyer la
« face profonde du lambeau on ne peut être certain
« de la débarrasser complètement des pyogènes qui
« ont proliféré à sa surface. Si les pansements ont été
« faits aseptiquement, ces pyogènes ne sont pas
« virulents et l'infection à laquelle ils donneront lieu
« sous le lambeau restera localisée en ce point.

« Pour éviter la formation d'une collection puru-
« lente, il suffira de placer sous la greffe un petit
« drain en caoutchouc assurant l'écoulement vers le
« point le plus déclive. On retirera ce drain après
« deux ou trois jours.

« Lorsque, pour la seconde greffe, il n'est pas
« nécessaire d'utiliser la totalité du pont, on pourra
« tailler le lambeau dans la partie superficielle en
« évitant d'empiéter sur la région profonde recou-
« verte de bourgeons charnus.

« Le premier pansement sera fait après deux jours
« pour enlever et nettoyer le drain.

« On pourra enlever les fils dès le cinquième
« jour. »

Le point faible de cette technique modifiée réside
dans le suintement séro-purulent du pont cutané au

niveau de sa face profonde contiguë à la joue. Pour obvier à cet inconvénient parfois inévitable :

1° On taillera un lambeau aussi dépourvu que possible de panicule adipeux ;

2° Le lambeau sera rigoureusement isolé de la joue à l'aide de tulle gras et de compresses. La peau de la joue sera aseptisée à chaque pansement par de la teinture d'iode dédoublée ;

3° Le second temps de l'autoplastie sera précoce. L'intervalle de quinze à vingt jours indiqué par Morax nous semble excessif et nous sommes d'avis de ne pas dépasser le dixième ou au plus le douzième jour.

En s'astreignant à ces trois règles de technique, on obtiendra, nous en sommes persuadé, des résultats intéressants. L'utilisation du pédicule constitue d'ailleurs un second temps opératoire très ingénieux. Le procédé est, de plus, économique car il nécessite un lambeau primitif moins large et que l'utilisation du pédicule dans le sens longitudinal diminue le déchet cutané de ce grand lambeau, entièrement sacrifié dans le procédé de Snydacker proprement dit.

OBSERVATION N ^o	DIAGNOSTIC	Autoplastie de Snyder	Section du pédicule	Utilisation du pédicule
I (Snyder)	Ectropion total par brûlure	Résult ^t très satisfais ^t .	6 ^e jour	Pas d'autoplastie secondaire
II (Snyder)	Ectropion datant de l'enfance	id.	7 ^e —	id.
III (Morax et Béal)	Noëvus frontal	id. excellent	28 ^e —	Excellent résultat
IV (Morax)	Ectropion, Lagophthalmos, <i>Suppuration conjonctivale</i>	Bon résultat	14 ^e —	Elimination partielle du lambeau réfléchi. Bon résultat final
V (Morax)	Epithélioma. Radiodermite	Excellent résultat.	9 ^e —	Pas d'autoplastie secondaire
VI (del Mazo)	Ectropion par pustule maligne	Très bon résultat	9 ^e —	id.
VII (Morax)	Mutilation de la face. <i>Fistule orbito-nasale</i>	Nécrose de l'extrémité du lambeau	17 ^e —	Bon résultat
VIII (Morax)	Ectropion cicatriciel	Résult ^t . très satisfais ^t .	10 ^e —	Résultat très satisfaisant
IX (Morax)	Epithélioma	Résultat parfait	14 ^e —	Pas d'utilisation du pédicule
X (Morax)	Ectropion cicatriciel. <i>Fistule nasale</i>	Bon résultat	19 ^e —	Nécrose et résection du lambeau réfléchi
XI (Snyder)	Lupus. Radiodermite	Excellent résultat	9 ^e —	Excellent résultat
XII (Snyder)	Mutilation faciale infectée.	Rhinoplastie. Excellent résultat	10 ^e —	Echec de l'autoplastie secondaire

RÉSULTATS DE L'OPÉRATION DE SNYDACKER INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Ces résultats sont résumés dans un tableau synoptique qui permettra de mieux juger de la valeur pratique du procédé.

Ces résultats sont excellents dans 8 cas sur 12. Sur les 4 autres cas, un concerne le premier temps de l'autoplastie : nécrose de l'extrémité du lambeau sans influence sur sa nutrition (Bon résultat du second temps opératoire). Trois concernent l'utilisation du pédicule : nécrose du lambeau réfléchi, partielle dans un cas avec bon résultat final ; totale dans les deux autres cas, avec échec complet de l'autoplastie secondaire. Or chaque fois que l'évolution de la greffe a été médiocre ou mauvaise, il existait inmanquablement un facteur inflammatoire ou infectieux (conjonctivite, fistules nasales, plaie infectée), dont l'influence sur l'autoplastie a été néfaste.

Aussi bien, la première condition exigée pour l'exécution de cette opération sera-t-elle la stérilité des régions comprises dans le champ opératoire, par absence de toute réaction inflammatoire et, à plus

forte raison, de toute suppuration, aiguë ou chronique.

Dans quels cas l'opération de Suydacker est-elle indiquée ou contre-indiquée ?

Morax écrit : « Il est évident que chaque fois
« qu'une autoplastie en un temps, à l'aide d'un des
« procédés par glissement, sera applicable, on ne
« songera pas à l'opération qui nous occupe. »

De même, pour les cas ordinaires d'ectropion cicatriciel, le procédé n'est pas indiqué. Il est rarement nécessaire d'entreprendre une opération d'une certaine envergure lorsqu'un petit lambeau de 2 à 3 centimètres de longueur permet d'atteindre le but recherché.

Autre contre-indication : Dans le cas de lésions cicatricielles étendues, survenues notamment chez des épileptiques à la suite de brûlure par chute dans le feu, une transplantation de peau saine ferait trop contraste avec le tissu cicatriciel environnant. Ici les meilleurs résultats esthétiques sont obtenus par des greffes dermo-épidermiques dont la teinte s'harmonise parfaitement.

Exception faite de ce cas particulier, quand il s'agit de réparer des pertes de substance cutanées étendues ;

et en particulier quand une rhinoplastie doit être combinée à une autoplastie palpébrale

ou quand il faut refaire les deux paupières ;

en un mot lorsque de grandes surfaces cutanées doivent être restaurées ;

quand il est impossible d'obtenir de telles étendues de peau dans les régions avoisinantes ;

ou bien lorsqu'il doit en résulter des cicatrices mutilantes ;

Dans ces conditions le procédé donnera des résultats qui ne sauraient être obtenus par aucune autre méthode, sauf peut-être la méthode italienne, mais nous en connaissons les inconvénients. Plus simple, plus chirurgicalet plus confortable que cette méthode, le procédé de Snyderaker est appelé à la remplacer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Autoplastie des paupières au moyen d'un lambeau cutané prélevé au niveau du cou (Archives of ophthalmology, 1906, vol. 35, p. 57.)

Y. D..., est une jeune femme de vingt-deux ans, atteinte d'épilepsie. En tombant, il y a quelques années, dans un foyer au cours d'une crise, a été grièvement brûlée à la face du côté droit. Admise au County Hospital, la malade y est restée plusieurs mois.

Lorsqu'elle s'est présentée à notre consultation, tout le côté droit de la face depuis le front jusque sous l'angle de la mâchoire présentait une déformation cicatricielle très accentuée. Il y avait un ectropion total des deux paupières, supérieure et inférieure ; la conjonctive palpébrale était épaissie et gonflée ; la conjonctive bulbaire était rouge et la cornée légèrement trouble. La pupille réagissait bien et l'acuité visuelle n'atteignait pas tout à fait deux tiers.

De toute évidence, les lésions causées par la brûlure avaient été comblées à l'aide de greffes de Thiersch prélevées au niveau du bras droit. Car on pouvait aisément reconnaître, tranchant sur le tissu cicatriciel environnant, les surfaces de

peau légèrement saillantes correspondant aux endroits où les greffes avaient pris.

Ces greffes avaient été insérées sur les deux paupières, mais, bien que paraissant avoir bien pris, elles avaient subi une rétraction exactement comme s'il n'y avait pas eu de greffes. D'ailleurs les greffes palpébrales n'étaient pas étalées régulièrement, mais ratatinées et réduites à une petite surface, de telle façon qu'on pouvait aisément se rendre compte dans quelle mesure elles s'étaient rétractées.

Le bras droit, depuis le coude jusqu'à l'épaule, était couvert de cicatrices là où les greffes de Thiersch avaient été prélevées.

La malade désirant vivement être débarrassée de son ectropion, on la fit entrer à l'hôpital Michael Reese où, avec l'aide du Dr Gaus, nous avons procédé à l'opération suivante :

On fait d'abord une incision parallèle au bord de chacune des paupières, supérieure et inférieure, à un demi-centimètre environ de celui-ci ; puis on dissèque les adhérences et on réunit les paupières par une blépharorrhaphie totale.

On dissèque ensuite un lambeau cutané ayant pour limite supérieure la région située immédiatement sous l'angle de la mâchoire et atteignant presque la clavicule.

Le pédicule, au niveau de l'angle de la mâchoire, mesure environ 2 centimètres de largeur.

L'extrémité libre ou inférieure du lambeau est alors incisée sur une longueur de 4 centimètres, ou constitue ainsi à la partie inférieure du lambeau primitif deux lambeaux distincts qui adhèrent tous deux au pédicule commun. L'un de ces lambeaux secondaires est destiné à la paupière supé-

rière, l'autre à la paupière inférieure ; l'un et l'autre sont irrigués par le pédicule du lambeau principal.

Le lambeau tout entier est déplacé vers le haut et les deux lambeaux secondaires de l'extrémité sont fixés à leurs places respectives par des sutures à la soie, le plus élevé à la paupière supérieure, le plus bas à la paupière inférieure, en prenant grand soin de fournir un excès de peau en vue de la rétraction ultérieure. C'est là une chose très simple, car on peut détacher du cou un lambeau amplement suffisant ; une fois le lambeau mis en place, il existe un pont cutané d'une longueur de 9 centimètres environ, s'étendant de la base des lambeaux secondaires au pédicule du lambeau principal situé à l'angle de la mâchoire. Ce pont est soigneusement isolé de la joue par de nombreuses bandes de gutta-percha passant sous lui. Des bandes de gutta-percha sont également placées sur le lambeau en pont, aussi bien que sur la nouvelle peau des paupières. Par dessus la gutta-percha on met simplement de la gaze et on applique un pansement.

En libérant les bords de la plaie cervicale on n'éprouve aucune difficulté à les coapter. Le pont cutané est laissé en place pendant six jours, après quoi on le sectionne au niveau de la partie externe des pertes de substance palpébrale. Une fois cette section faite, on avive les bords de la plaie et on suture.

Le sang suinte finement des surfaces sectionnées et si quelques-unes des sutures qui fixaient les lambeaux se sont éliminées, il ne s'est produit aucun sphacèle des lambeaux eux-mêmes.

Il y a actuellement huit mois que l'opération a été pratiquée et le résultat en est parfaitement satisfaisant, avec

peut-être cette exception que la peau de la paupière supérieure semble un tant soit peu trop lourde, ce qui détermine un léger ptosis. Cependant, étant donné qu'on peut encore s'attendre à de la rétraction, je considère ce détail comme un avantage plutôt que comme un inconvénient.

OBSERVATION II

(Snydacker)

(*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*,
1907, vol. XLV, p. 71.)

Autoplastie palpébrale à l'aide d'un lambeau pédiculé emprunté au cou.

Lene N..., dix-huit ans, présente au niveau de la commissure externe de l'œil gauche une cicatrice de la dimension d'une pièce de 5 francs. Cette cicatrice est presque adhérente au plan osseux sous-jacent et attire fortement en bas et en dehors la commissure externe, produisant ainsi un ectropion total de la paupière inférieure. Le secteur inféro-externe de la cornée est le siège d'un leucone épais, tandis que le reste de la cornée est clair. L'acuité visuelle permet à peine de compter les doigts à 3 mètres.

La blessure datant de la première enfance, la malade n'en conserve aucun souvenir, et comme les parents sont morts depuis longtemps, on n'a pu en préciser l'origine. Cependant, à en juger par l'aspect de la cicatrice, il semble qu'on doive l'attribuer à une brûlure grave.

Dans le cas présent, l'opération a été pratiquée comme dans le premier cas : on fait une incision le long du bord

libre de la paupière inférieure et parallèlement à lui, incision qui s'étend en haut et en dehors, un peu plus haut que la commissure. Ensuite la peau de la paupière est disséquée vers la partie inférieure ; de même les bords de la cicatrice sont avivés et finalement on suture la fente palpébrale de façon à faire bâiller la plaie.

Dans le cas présent j'ai prélevé le lambeau encore plus bas que dans le cas précédent. L'incision commence à 1 centimètre au moins au-dessous de l'angle de la mâchoire et s'étend jusqu'au-dessous de la clavicule. Cependant, bien que dans le premier cas j'aie tracé un lambeau vertical, j'ai suivi ici le trajet du sterno-cléido-mastoïdien, et cela pour deux raisons : 1^o Etant donnée cette direction oblique, j'ai pensé que la torsion du pédicule ne serait pas si accusée ; j'ai pensé de même, qu'il resterait une cicatrice cervicale moins marquée.

Comme dans le premier cas, le lambeau fut basculé vers le haut et fixé par des sutures à la perte de substance palpébrale.

Le lambeau cutané est resté pendant sept jours tendu en pont sur la joue.

Le résultat définitif fut dans ce cas également remarquable. A l'heure actuelle, la cicatrice du cou est cachée entièrement par le col. La commissure externe se trouve, après une année environ, dans sa situation normale. L'ectropion de la paupière inférieure est complètement corrigé et les cicatrices palpébrales sont à peine visibles. Le leucome est devenu moins apparent à la suite de tatouages répétés.

OBSERVATION III

(Morax et Béal)

Nævus pigmentaire du front et du sourcil. — Autoplastie fronto-sourcilière en deux temps à lambeau pédiculé emprunté à la région cervicale (Annales d'Oculistique, janvier 1908).

Le nommé B... Raoul, âgé de dix-neuf ans, vient à la consultation d'ophtalmologie de Lariboisière le 27 février 1907. Il présente une série de malformations congénitales, notamment un nævus pigmentaire de la paupière supérieure gauche et de la région fronto-temporale du même côté. Le malade vient nous demander de faire disparaître la tache noire qu'il a sur le front.

Antécédents. — Son grand-père maternel présentait comme notre malade un nævus pigmentaire, localisé à la jambe gauche.

Nævus pigmentaire. — Le nævus occupe, par places, la paupière supérieure, la région fronto-temporale gauche et la partie avoisinante du cuir chevelu. La portion la plus importante est limitée, en bas, par le rebord orbitaire supérieur et par une ligne horizontale continuant ce rebord en dehors.

En dedans, il suit d'abord la ligne médiane, qu'il dépasse légèrement près de la racine des cheveux. En haut, il se prolonge dans le cuir chevelu, où il est difficile de lui donner une limite nette. En dehors, il gagne la tempe et le cuir chevelu.

Sa couleur est variable : au niveau de la tempe et de la région frontale supérieure il est noir. Au niveau de la partie inférieure du front, il est marron clair.

La peau donne au toucher une sensation de corps légèrement gras. Elle revêt un aspect rugueux : elle présente en effet de petites saillies dont quelques-unes sont très nettement ombiliquées. A la surface, on voit des poils nombreux, plus gros là où la tache fait saillie. Car le *nœvus* ne présente pas partout le même aspect ; au niveau de la tempe, il est légèrement saillant, mais c'est une saillie régulière, uniforme ; au niveau du front, au contraire, l'épaisseur est tout à fait négale. Régulièrement épaissi en certains points, le *nœvus* est nettement surélevé, en haut à la racine des cheveux, en bas au niveau du sourcil. Ces épaississements donnent à la palpation une sensation d'infiltration molle, régulière, uniforme, du tissu cellulaire sous-cutané. Le *nœvus* revêt le caractère des *nœvi-lipématodes*.

Entre les deux parties, frontale et palpébrale, du *nœvus*, se trouve un sillon plus clair. Au niveau du point où ce sillon atteint le cuir chevelu, les cheveux sont beaucoup moins abondants.

Examen des yeux. — L'œil droit est absolument normal. L'œil gauche présente un dermoïde de la cornée déterminant un astigmatisme mixte très prononcé. La vision est réduite à $\frac{1}{4}$ de la normale avec — 4 D ; sans amélioration par les cylindres. Par suite de cette anisométrie, le malade n'a pas la vision binoculaire.

Intervention, le 13 mars 1907, par M. Morax, assisté par MM. Béal et Caron. Chloroforme donné par M. Magitot. — Durée de l'anesthésie ; cinquante-cinq minutes. Dose : 75 centimètres cubes. *Ablation partielle du nœvus. Auto-plastie frontale à lambeau pédiculé cervical* (procédé de Snyderacker.)

La partie du nævus qui fait tumeur au niveau du sourcil est enlevée et les lèvres de la plaie sont réunies par quelques points de suture.

On dissèque ensuite le lambeau cutané. Ce lambeau, d'une largeur de 4 centimètres sur toute sa longueur, va du sommet de la mastoïde jusqu'à l'extrémité interne de la clavicule, par conséquent parallèle à la direction du sterno-cléido-mastoïdien. Le lambeau est disséqué de bas en haut jusqu'à la mastoïde, la plaie suturée.

On pratique alors l'ablation d'un vaste lambeau semi-lunaire à la partie du nævus sus-jacente au sourcil. La moitié inférieure du lambeau est rapportée dans la plaie ainsi créée et suturée avec soin. La moitié supérieure du lambeau passe en pont sur la joue.

2 avril 1907. — Le lambeau n'est pas tendu; il est un peu recourbé sur lui-même dans la partie qui repose sur la peau de la joue.

10 avril 1907. — *Deuxième intervention* par M. Morax assisté de M. Magitot (*Deuxième temps de l'autoplastie*). — Le malade est chloroformisé par M. Caron : durée de l'anesthésie : 37 minutes. Dose de chloroforme : 50 grammes. Le pédicule du lambeau est sectionné et la plaie réunie, pour corriger l'incurvation du lambeau, on pratique au niveau de sa face cruentée plusieurs incisions superficielles longitudinales qui permettent de lui rendre sa forme aplatie primitive.

On résèque la partie du nævus comprise entre le sourcil et le lambeau greffé ; la partie mobile du lambeau est appliquée dans la perte de substance ainsi créée, et réunie par de nombreux points de suture.

13 avril. — Le lambeau a bon aspect.

Légère suppuration au niveau du bord inférieur en quelques points.

Oedème très accusé de la paupière supérieure.

15 avril. — Pansement.

Il sort un peu de pus, mais le lambeau a meilleur aspect, même sur ses bords.

16 avril. — Pansement. La sécrétion a diminué. Les points suppurants sont cautérisés au crayon de nitrate d'argent. L'oedème de la paupière supérieure persiste. Le malade ne souffre pas. Pas de fièvre.

18 avril. — La paupière supérieure a repris son aspect normal. La suppuration est complètement tarie.

La coloration des tissus est parfaite. Il ne persiste que quelques petits points non cicatrisés à la périphérie du lambeau.

22 avril. — La reprise du lambeau est parfaite.

Nous avons suivi notre malade et nous avons pu constater que le résultat cosmétique obtenu était entièrement satisfaisant.

Le sillon qui séparait les deux greffes a disparu et l'aspect des lambeaux greffés est excellent. L'opéré dissimule aisément la partie supérieure du nævus dont nous n'avions pu chercher à faire l'ablation.

OBSERVATION IV

(Morax)

Tarsite ulcéreuse syphilitique à poussées successives produisant un ectropion cicatriciel grave. — Autoplastie à lambeau pédiculé cervical et en deux temps. (Annales d'Oculistique, janvier 1908.)

N... Pierre, soixante-sept ans, cocher, vient consulter le 8 février 1905, pour une vaste ulcération en encoche siégeant à la paupière supérieure droite, ulcération d'origine syphilitique, dont l'évolution, après une série de poussées successives (1) aboutit en novembre 1907 à des lésions cicatricielles très étendues.

Du côté droit on constate une alopécie complète des cils et du sourcil. Des rétractions cicatricielles occupant les paupières supérieure et inférieure provoquent un ectropion cicatriciel avec déformation de la fente palpébrale et lagophthalmos. La cornée est opaque dans sa moitié nasale et présente une ulcération superficielle. A gauche, les paupières sont normales, en dehors des faibles cicatrices datant des ulcérations de 1905. Il existe des deux côtés des opacités cristalliniennes centrales. Les lésions du globe oculaire doit rendre une intervention indispensable.

13 novembre 1907. — Aidé de MM. Carlotti et Duverger, je pratique la blépharoplastie par le procédé de Snydacker. L'anesthésie chloroformique faite par M. Chaigneau dure

1. Cette partie de l'observation a été publiée par MM. Morax et Druais dans *le Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris* 14 mars 1905.

1 h. 10 ; la quantité de chloroforme employé est de 45 centimètres cubes.

A l'aide de deux incisions curvilignes, à 3 centimètres des bords palpébraux, je dissèque ces bords et parviens à les libérer suffisamment pour faire une tarsorrhaphie. Quatre points de suture assurent l'affrontement des tissus. Le lambeau cervical est ensuite disséqué. L'extrémité de l'incision est à 2 centimètres au-dessous du bord inférieur de l'articulation sterno-claviculaire. L'extrémité du lambeau est placée dans la plaie correspondant à la paupière supérieure et fixée à l'aide de sutures à la soie. Les lèvres de la plaie cervicale sont réunies par des sutures au crin de Florence à points séparés.

14 novembre. — Le suintement séro-sanguinolent nécessite le renouvellement du pansement. Le lambeau a une teinte violacée dans toute la partie correspondant à la greffe, alors qu'au niveau du pont il a une coloration des plus normales. La plaie cervicale est parfaitement réunie, ce qui permet d'enlever une partie des fils superficiels.

16 novembre. — Pansement. Ablation des fils de la greffe. Le lambeau a encore une coloration violacée, mais il n'y a ni réaction, ni sensibilité. Ablation des fils de la plaie cervicale.

18 novembre. — Pansement.

21 novembre. — Le lambeau a pris un aspect normal et seule l'extrémité interne sur une étendue de quelques millimètres est en voie de nécrose.

25 novembre. — Pansement. On saupoudre le lambeau de poudre d'oxyde de zinc stérile. Le tiers interne de la blépharorrhaphie a cédé par suite de la rétraction de la paupière inférieure.

27 novembre. — *Deuxième temps de l'autoplastie.* — Anesthésie chloroformique par M. Vergne. Durée de l'anesthésie 65 minutes. Dose de chloroforme: 50 grammes. Aidé de M. Duverger, je libère à nouveau la paupière inférieure et je refais un avivement des bords palpébraux pour rétablir l'adhérence palpébrale. On dissèque dans le pont un lambeau de 6 à 7 centimètres de longueur en évitant le tissu de granulation de la face profonde du pont cutané. Ce lambeau est dévié en bas et en dedans pour remplir la perte de substance créée au niveau de la paupière inférieure. On l'y fixe à l'aide de sutures à la soie. Le pédicule est ensuite sectionné au niveau de la région rétro-maxillaire et trois crins de Florence assurent l'affrontement de la section.

29 novembre. — Pansement. Le lambeau est violacé dans sa moitié nasale. Ablation des crins au niveau du pédicule.

2 décembre. — Ablation des fils.

8 décembre. — Pansement. Elimination de l'extrémité du lambeau sur une étendue de 1 centimètre.

11 décembre. — Le lambeau, greffé au niveau de la paupière inférieure, tend à se décoller par son bord supérieur. Après injection de cocaïne, on avive ses bords et on le fixe en place à l'aide de sutures latérales et d'un point en capiton.

13 décembre. — Pansement. Le lambeau a bon aspect et paraît bien adhérent.

16 décembre. — L'extrémité du lambeau, sur une étendue de 1 centimètre se nécrose, et on en fait la résection. Ablation des fils.

20 décembre. — Malgré l'élimination partielle, le lambeau greffé à la paupière inférieure est très suffisant et le résultat définitif est des plus satisfaisants. L'état d'inflammation chro-

nique et de suppuration de la conjonctive a rendu moins rapide la reprise du lambeau greffé sur la paupière inférieure.

OBSERVATION V

(Morax)

Epithélioma de la paupière inférieure droite avec envahissement de la joue et de la base du nez. — Radiothérapie. — Radiodermite. — Opération de Snyder (Annales d'Oculistique, janvier 1918).

B... Juliette, quarante-neuf ans, sans antécédents héréditaires dignes d'être signalés, s'est présentée à la consultation de Lariboisière le 27 mars 1905. Elle nous raconte que, depuis plus de vingt ans, elle a vu apparaître au bord supérieur de la joue droite une petite saillie dont le développement s'accompagnait de démangeaisons.

Depuis 1903 elle fréquente un service de radiothérapie où on lui fait deux ou trois séances par semaine.

Elle vient consulter pour un petit chalazion de la paupière inférieure de l'œil gauche. Nous constatons sur la joue droite une surface cutanée irrégulière avec deux saillies peu marquées de coloration plus rouge et paraissant occuper la périphérie de la lésion pour laquelle la malade est traitée. Ces saillies sont molles; elles laissent exsuder un peu de sérosité. Il n'y a pas d'adénopathie. La paupière inférieure du côté droit a une légère tendance à l'ectropion.

10 mai 1907. — La malade se représente à nouveau en raison de la gêne qu'elle éprouve à l'œil droit. Il existe un ectropion très manifeste et la joue est le siège d'une ulcération suintante et peu profonde. Nous adressons le malade au

D^r Brocq qui diagnostique un épithélioma avec radiodermite et qui conseille une ablation large des tissus malades empiétant largement sur la paupière inférieure.

22 juin 1907. — Je pratique avec l'aide de MM. Béal et Duverger l'ablation de la paupière inférieure, d'une partie de la joue, et des téguments de la face latérale du nez suivie de l'autoplastie à lambeau pédiculé cervical par le procédé de Snydacker.

Anesthésie chloroformique par M. Carlotti. Durée de l'anesthésie : 70 minutes : Dose de chloroforme : 56 centimètres cubes.

On fait d'abord une large et profonde incision semi-circulaire passant à 1 centimètre au-dessous du bord inférieur de la paupière et dont l'extrémité atteint la face latérale du nez. Deux incisions verticales au niveau des commissures lui font rejoindre la fente palpébrale. On résèque ainsi la paupière, le tarse et la conjonctive jusqu'au cul-de-sac inférieur.

On procède ensuite à la taille du lambeau cervical qui est prélevé le long du sterno-cléido-mastoïdien, de la région rétro-maxillaire jusqu'à l'articulation cléido-sternale. La largeur du lambeau en place est d'au moins 6 centimètres. Son extrémité libre inférieure est relevée et fixée au côté du nez. La paupière supérieure est avivée et le bord supérieur du lambeau est réuni directement à la surface avivée.

Après suture du lambeau par de nombreux fils, on réunit la plaie cervicale par cinq anses profondes de crin de Florence, nouées sur des tubes de caoutchouc, et par un grand nombre de fils superficiels.

24 juin. — Pansement. Ablation des fils superficiels de la

plaie cervicale. Le lambeau a une teinte violacée surtout vers son extrémité, mais d'une manière générale il a bon aspect.

26 juin. — Pansement. Ablation des derniers fils. La coaptation est partout parfaite. Le lambeau est rosé. A son bord inférieur il y a un peu de réaction inflammatoire et un très léger suintement.

27 juin. — Pansement. Le suintement a cessé et le lambeau a un aspect parfaitement normal,

1^{er} juillet 1907. — *Section du pédicule et résection du lambeau formant pont.* — Cette résection se fait sans anesthésie. On applique trois points de suture au crin de Florence au niveau de chacune des surfaces de section.

4 juillet. — Pansement. Ablation des fils.

15 juillet. — Cicatrisation parfaite. Exeat le 20 juillet.

3 octobre 1907. — Le résultat est parfait. La peau transplantée est d'une teinte un peu plus blanche que les téguments de la face. Il n'y a nulle part trace de récurrence épithéliale.

La blépharorrhaphie est maintenue quelques mois encore.

19 janvier 1908. — Libération des paupières. Résultat excellent.

Lorsque nous revoyons la malade huit ans après, en 1916, le résultat est toujours aussi satisfaisant au point de vue autoplastique et au point de vue de l'absence de toute prolifération récidivante.

OBSERVATION VI

Blépharoplastie par le procédé de Snyder.

(Del Mazo, *Revista Ibero-Americana de Ciencias medicas.*
Madrid, juin 1909).

J. S..., quinze ans, entre dans mon service le 1^{er} juin 1908, pour un ectropion cicatriciel total de la paupière supérieure gauche, consécutif à une pustule maligne dont le malade a été atteint en juillet 1907. Il existe de plus, à l'œil gauche, de la kératite diffuse centrale par défaut de protection du globe oculaire contre les agents extérieurs.

2 juin 1908. — Blépharoplastie par le procédé de Snyder.

Technique. — 1^o Anesthésie générale et aseptie rigoureuse de la région cervicale latérale gauche, ainsi que de la face et des régions palpébrale et sourcilière du même côté. Instrumentation et matériel de pansement parfaitement aseptiques.

2^o Tarsorrhaphie totale après avoir libéré la paupière supérieure par une incision parallèle au bord libre, à 2 millimètres de celui-ci, en laissant seulement non suturées la région lacrymale et la commissure palpébrale externe.

3^o En partant d'un point situé à 3 centimètres en arrière et au-dessous de l'insertion du lobule de l'oreille, on incise les téguments de haut en bas en suivant le bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien jusqu'à la ligne interclaviculaire. En ce point, décrivant une courbe à concavité supérieure, on continue l'incision de bas en haut, parallèlement au bord postérieur du muscle, jusqu'à la région mastoïdienne à 3 centimètres environ au-dessous du point de départ. Dissec-

tion, jusqu'à l'aponévrose cervicale superficielle, du lambeau cutané dont la largeur est de 4 à 5 centimètres avant la rétraction habituelle de tout lambeau cutané.

4° Suture du lambeau à la surface cruentée palpébrale, suture de la plaie cervicale et pansement à la gaze stérilisée en évitant de comprimer le lambeau.

Suites opératoires normales, pas de fièvre. En renouvelant le pansement au bout de quatre jours, on trouve le lambeau et les sutures en bon état.

Le neuvième jour après l'opération, résection du pont cutané et réunion, par quelques points de suture des surfaces de section correspondant d'une part à l'angle palpébral externe et d'autre part à l'insertion cervicale du lambeau pédiculé.

10 juillet. — Exeat. Le malade quitte l'hôpital les paupières réunies par la tarsorrhaphie.

9 novembre. — Libération des paupières.

La cornée a recouvré presque entièrement sa transparence. Acuité visuelle $\frac{2}{3}$ à l'échelle de de Wecker. Le malade possède désormais la paupière supérieure qui lui faisait défaut.

OBSERVATION VII

(Morax)

Blessure de guerre. — Mutilation naso-faciale et orbitaire gauche par éclat d'obus. — Fistule orbito-nasale. — Autoplasties multiples et opération de Snyder.

D... Moïse, vingt-six ans, soldat au 127^e R. I.

Blessé le 29 août 1914 à Guise par un éclat d'obus. Evacué sur le Mans où il arrive le 2 septembre et soigné d'abord

dans cette ville. Le blessé entre à l'hôpital Lariboisière, service d'ophtalmologie, le 28 décembre 1914. Il a subi plusieurs tentatives de réfection, sur lesquelles nous n'avons pas de renseignements précis et qui ont plutôt aggravé la situation.

La blessure avait déterminé les lésions suivantes : Plaie de la partie gauche de la face avec fracture des os propres du nez et du vomer, du rebord maxillaire et de la paroi interne de l'orbite. De plus, plaie contuse du globe oculaire gauche qui a nécessité ultérieurement l'énucléation de cet œil.

Etat actuel (le 28 décembre 1914).

A. *Examen oculaire*. — O. D. : Etat normal. V = 1.

O. G. : Anophtalmie opératoire : énucléation faite par le Dr Chevalier, au Mans.

D'autre part, il y a destruction partielle et désinsertion de la paupière inférieure qui est oblique en bas et en dedans et fortement adhérente au plan profond.

La paupière supérieure est peu atteinte sauf au niveau de la commissure interne qui est détruite. A ce niveau il existe une grosse perte de substance osseuse avec fistule naso-orbitaire. Cette fistule donne issue à une suppuration abondante avec élimination de séquestres. La muqueuse est ectropionnée et attirée, en quelque sorte, dans la fistule. Une cicatrice naso-palpébrale s'étend d'un côté vers le nez, de l'autre vers la protubérance malaire.

B. *Examen nasal*. — La partie du nez correspondant aux os propres est effondrée et fortement déviée vers la droite. Le sens de l'olfaction est aboli. Il y a du trismus permettant à peine l'introduction de l'index entre les arcades dentaires.

Examen rhinoscopique. — Perforation circulaire de la cloison dans sa partie antérieure. A gauche, les cornets sont

déviés vers la cloison. A droite, la cloison est déviée vers la droite et arrive au contact des cornets.

Les sinus paraissent translucides des deux côtés (introduction incomplète de la lampe à cause du trismus).

En présence de cet ensemble complexe de lésions, on se propose de faire une série d'interventions ayant pour but :

1° La restauration du nez avec redressement de la charpente nasale.

2° La réfection de la paupière inférieure, de façon à diminuer la difformité et à permettre si possible, le port d'une prothèse.

2 janvier 1915. — *Première opération* (M. Morax). Le chloroforme est donné par le D^r Barthas. Durée de l'anesthésie : quarante minutes ; dose : 30 grammes.

Incision nasale médiane. Libération sous-périostée des os propres du nez fracturés dont on extrait quelques débris. Insertion médiane d'un lambeau cutané, à pédicule intersourcilier, emprunté à la région frontale.

3 janvier. — Légère hémorrhagie. Le sang, en se coagulant, a durci la compresse transformée ainsi en attelle.

4 janvier. — Pansement. Aucune réaction.

7 janvier. — Ablation des fils. Bonne cicatrisation.

16 janvier. — *Deuxième opération* (M. Morax). — Anesthésie chloroformique par le D^r Barthas. Durée : soixante-cinq minutes. Dose 35 grammes.

Autoplastie de la paupière inférieure à l'aide d'un lambeau pédiculé emprunté à la région temporo-frontale. L'extrémité du lambeau est fixée au niveau de la commissure interne. Insertion d'une coque. Blépharorrhaphie.

20 janvier. — Ablation des fils. Nécrose de la partie nasale du bord palpébral inférieur.

24 janvier. — Ablation de la coque.

10 février. — *Troisième opération.* On se propose d'obtenir l'oblitération de la fistule (M. Morax). Chloroforme : Barthas. Durée : soixante minutes. Dose : 35 grammes.

Incision nasale concentrique au bord de la paupière. Insertion d'un lambeau pédiculé frontal. Sutures au crin de Florence et à la soie.

12 et 14 février. — Ablation des points de suture.

Attouchement des cicatrices à la teinture d'iode.

10 mars. — *Quatrième opération.* Autoplastie par glissement. On détache de la base gauche du nez un lambeau à pédicule nasal. On détache d'autre part de la partie moyenne du nez un lambeau à pédicule inférieur que l'on insère dans la cicatrice de l'ancienne blépharorrhaphie. Anesthésie locale à la novocaïne associée à la cocaïne.

3 avril. — *Cinquième opération* par M. Morax. Chloroforme : Barthas. Durée : cinquante-cinq minutes. Dose : 30 grammes. Libération du lambeau greffé par une incision curviligne correspondant au bord inférieur de l'orbite, puis par une incision horizontale faite au niveau de la commissure.

Avivement des bords palpébraux, juxtaposition des deux lambeaux formant la paupière inférieure et introduction d'une mèche.

5 avril. — Pansement. Les lambeaux sont bien coaptés. Aucune sensibilité, aucune réaction.

7 avril. — Ablation de la mèche et des fils. Suppuration par l'orifice inférieur, provenant de l'orbite.

Les lambeaux cutanés ont bien tenu.

Introduction de deux petits drains.

Le pansement doit être fait chaque jour.

11 avril. — Suppression d'un drain sur deux.

12 avril. — *Sixième opération* par M. Morax. Anesthésie locale. Réfection de la racine du nez ; déplacement de deux triangles par entrecroisement de leurs sommets.

17 avril. — La cicatrisation est en bonne voie.

24 avril. — Compléter le résultat par l'opération de Snydacker.

2 juin. — *Septième opération. Autoplastie* par M. Morax, assisté par Carvalho. — Anesthésie chloroformique par Lenoir. Durée : 1 h. 10. Dose : 40 grammes.

Opération de Snydacker. — On fait une incision parallèle au bord libre de la paupière inférieure avec libération des adhérences orbito-palpébrales. Dans la perte de substance ainsi obtenue, on insère l'extrémité d'un grand lambeau cutané prélevé au niveau du sterno-cléido mastoïdien. Ce lambeau, large de 3 centimètres et long de 15, s'étend de l'apophyse mastoïde jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule. La réunion des deux plaies, cervicale et palpébrale, se fait sans difficulté. Pas d'incidents.

4 juin. — Pansement de la face : la partie du lambeau formant paupière à une coloration violacée.

8 juin. — Ablation des fils.

10 juin. — Excision de la partie sphacélée.

19 juin. — *Huitième opération* (M. Morax). *Section du pédicule. Autoplastie par renversement du lambeau.* Anesthésie à la cocaïne.

Après avoir sectionné le pédicule au ras du cou, on taille,

dans la partie du pont adhérente à la paupière, un lambeau exclusivement cutané, long de 5 à 6 centimètres. Le reste du pédicule est réséqué et la plaie cervicale de section est suturée à l'aide de deux crins.

Du côté de la paupière, on curette d'abord soigneusement la gouttière correspondant à la partie nécrosée du lambeau primitif, puis on insère à ce niveau le lambeau secondaire que l'on fixe par des sutures à la soie. Introduction d'une petite mèche dans la cavité conjonctivale.

23 juin. — Pansement.

26 juin. — *Réavivement du lambeau.*

Curettage de la plaie et réapplication du lambeau avec drainage par mèche au niveau de la commissure interne et de la joue.

27 juin. — Un peu de pus sort par les deux points où sont les mèches. Les lambeaux ont bon aspect, et paraissent bien coaptés. Ablation des mèches et réintroduction de nouvelles mèches.

28 juin. — Ablation des fils.

30 juin. — Suppuration légère, on introduit deux drains par l'ouverture inférieure de la plaie.

1^{er} juillet. — Amélioration. La suppuration diminue.

9 juillet. — Il ne reste qu'une petite surface avivée au niveau de la plaie de prélèvement au lambeau. La suppuration au niveau du lambeau greffé persiste, mais les tissus ne sont pas irrités.

26 juillet. — Persistance de la suppuration au niveau de la cavité conjonctivale et seulement de la pointe du lambeau.

29 juillet. — *Avivement des bords de la languette et sutures.*

31 juillet. — Bonne prise du lambeau.

2 août. — Ablation des fils. Sécrétion très peu abondante.

18 août. — Encore un peu de suppuration de la cavité conjonctivale de l'œil gauche.

O. D. : V = 5/5.

27 août. — A proposer pour le conseil de réforme.

28 août. — Exeat. Le blessé est dirigé sur le dépôt de Clignancourt.

5 octobre. — Il présente encore un peu de suppuration de la cavité de l'œil gauche.



OBSERVATION VIII

(Morax)

Blessure de guerre. — Anophtalmie O. G. — Ectropion cicatriciel des paupières. — Opération de Snydacker

F... Léon, trente et un ans, soldat au 135^e régiment d'infanterie. Blessé le 23 septembre 1914 à Bannes par un éclat d'obus qui atteint le globe oculaire et la région périorbitaire gauches. Notre malade est évacué sur Châlons-sur-Marne puis sur Bourges.

22 avril 1915. — Admission dans le service ophtalmologique de Lariboisière.

Examen. — L'œil droit est normal : V = 5/5.

Du côté gauche on remarque, en plus de l'anophtalmie opératoire, un ectropion cicatriciel des deux paupières, supérieure et inférieure, avec rétraction des bords libres et adhérence partielle au plan profond. Le tiers externe du sourcil a été détruit. Une longue balafre s'étend de la partie moyenne du nez jusqu'au voisinage du lobule de l'oreille.

La région périorbitaire, notamment au niveau de la tempe et de la joue, est recouverte d'un tissu cicatriciel impropre à la blépharoplastie. Aussi décide-t-on de prélever un lambeau cervical suivant le procédé décrit par Snydacker.

5 mai. — *Intervention* par MM. Morax assisté par M. Lenoir. Anesthésie chloroformique par M. Carvalho. Durée de l'anesthésie : quatre-vingt-dix minutes. Dose : 100 centimètres cubes. Par deux incisions qui leur sont parallèles, on libère les bords libres rétractés. On les dédouble ensuite en deux feuillets et on pratique la blépharorrhaphie à l'aide de cinq ou six points de sutures en U. Il reste une vaste perte de substance aux deux paupières.

Pour la paupière inférieure on prélève un lambeau cervical pédiculé dont on suture l'extrémité dans la perte de substance. Le lambeau est emprunté, afin d'éviter la zone pileaire, à la région du sterno-cléido-mastoïdien et s'étend, parallèlement à ce muscle, de l'apophyse mastoïde à la clavicule. Le panicle adipeux est extrêmement peu développé.

Au niveau de la paupière supérieure, on comble la plus grande partie de la perte de substance par l'application de greffes de Thiersch prélevées à la face antérieure du bras gauche.

7 mai. — Pansement. Excellente reprise des deux lambeaux. Ablation des fils du lambeau de Snydacker.

9 mai. — Ablation des autres fils. Les différents lambeaux ont un aspect des plus normaux.

15 mai. — *Section du pédicule* au ras du cou, dix jours après la première intervention. Application de sutures. Puis réimplantation d'une partie du pédicule concentriquement à la commissure externe. Anesthésie locale (à la cocaïne).

31 mai. — Le résultat esthétique est des plus satisfaisants.
Excat. Le blessé rentre dans ses foyers.

OBSERVATION IX

(Morax)

Epithélioma palpébro-facial. — Opération de Snydacker

Gr... Anne-Marie, trente-six ans, femme de chambre, vient le 1^{er} juin 1915 à la consultation d'ophtalmologie de Lariboisière. Elle est adressée par le Dr Vergne, de Dijon, et présente une tumeur ulcérée des paupières de l'œil gauche.

En interrogeant la malade au point de vue des antécédents on apprend que son père est mort à l'âge de cinquante et un ans de tuberculose pulmonaire et que sa mère, atteinte d'un néoplasme intestinal, est morte à cinquante-neuf ans. La malade a cinq frères et sœurs bien portants; elle-même a toujours eu une bonne santé générale.

L'affection actuelle a débuté en 1895, à l'âge de seize ans, par un bouton situé à un centimètre environ en dehors de la commissure externe de l'œil gauche.

En 1901, le Dr Domec fait à ce niveau des cautérisations ignées, à la suite desquelles la malade paraît guérie et ne présente rien d'anormal pendant dix ans.

En 1911, récurrence, au même niveau, de l'ulcération qui se cicatrise au bout de dix-huit injections d'électrocuprol, à raison d'une injection tous les deux jours. Mais bientôt il se produit une nouvelle récurrence et la tumeur s'étend légèrement. On perçoit à la palpation un certain degré d'induration et la malade a quelques élancements. Les paupières sont un peu

gonflées ; cependant, au dire de la malade, la tumeur n'empiétait pas, à ce moment, sur les paupières et n'avait pas d'adhérences orbitaires.

Au mois de mai 1913, le Dr Picqué consulté conseille et pratique l'exérèse de la tumeur, à l'hôpital Lariboisière.

Six semaines après l'intervention, nouvelle récurrence avec envahissement palpébral, cette fois. On décide alors d'avoir recours au traitement par le radium et de septembre 1913 à mars 1915 on fait quinze applications de durée et fréquence variables. L'aspect de la tumeur ne paraissant pas modifié par cette thérapeutique, la malade retourne à Dijon. Dans cette ville, une seule application de Rayons X pendant vingt minutes détermine une radiodermite assez accusée pour qu'on renonce à la radiothérapie.

État actuel (1^{er} juin 1915). — Au niveau de la commissure externe de l'œil gauche on remarque une surface ulcérée suintante, en partie adhérente au plan osseux. La paupière supérieure est envahie en totalité : la partie externe est comme abrasée ; la partie interne présente des bourgeons saignant ulcérés, notamment au niveau de la commissure où la lésion empiète sur la paupière inférieure. Celle-ci, par ailleurs, est respectée, exception faite pour quelques masses néoplasiques aberrantes, qui existent également au niveau de la joue et du front gauches. L'ulcération s'étend à la région temporale et empiète sur la joue.

La vision est normale : $V = 1$. Pas d'érosions cornéennes, un peu d'irritation conjonctivale.

Légère adénopathie préauriculaire ; pas de ganglions sous-maxillaires. L'état général n'est pas atteint ; la malade n'a pas maigri, sa température est normale.

L'œil droit ne présente rien de particulier. $V = 1$.

En présence de cet état de choses, nous sommes d'avis de faire une exérèse large de la tumeur. Mais le Dr Brocq consulté conseille une ablation limitée suivie d'une autoplastie.

16 juin 1916. — *Autoplastie palpébro-faciale à lambeau pédiculé cervical, procédé de Snyderker*. — Après anesthésie chloroformique et après avoir réalisé une asepsie aussi parfaite que possible, on pratique une large excision de tout le bord libre de la paupière supérieure. On fait ensuite une incision parallèle à ce bord qui est mobilisé et suturé en totalité à la paupière inférieure par une blépharoraphie totale. Large excision de toute la paupière supérieure et de la région temporale. On prélève alors un vaste lambeau cervical qui s'étend le long du sterno-cléido-mastoidien, depuis la pointe de la mastoïde jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire.

Ce lambeau a une longueur de 18 centimètres environ ; sa largeur est de 25 millimètres au niveau du pédicule, augmente peu à peu à mesure que l'on descend, atteint un maximum de 4 centimètres à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur, et diminue ensuite progressivement.

Le lambeau possède ainsi dans son ensemble la forme d'une massue.

Réunion de la plaie cervicale par quelques points de suture en U au crin de Florence. Dans l'intervalle de ces sutures, le rapprochement est complété par des agrafes de Michel. On fait ensuite pivoter autour de son pédicule le lambeau cervical de façon à ce que sa partie inférieure vienne s'appliquer sur la perte de substance palpébro-faciale. On fixe le lambeau à l'aide de sutures à la soie à point séparés. La par-

tie non utilisée du lambeau reste tendue en pont au-dessus de la joue. Pansement.

18 juin. — En faisant le pansement, on constate une légère imprégnation sanguine.

Aucune [supuration. Le lambeau a admirablement bien tenu. Pas de température.

20 juin. — Pansement.

21 et 23 juin. — Ablation des fils. Bonne coaptation. Le pansement est renouvelé le 26 et le 29.

30 juin. — Bon état du lambeau greffé. Harmonie des teintes. On pratique alors *la section du pédicule. Celui-ci est irrigué par une artère.*

Quelques points de suture au niveau des surfaces de section qui sont réunies respectivement à la plaie temporale et à la plaie cervicale.

2 juillet. — Pansement. La coaptation est parfaite.

4 juillet. — Ablation des fils.

7 juillet. — Déplacement d'un petit lambeau de la greffe de la paupière supérieure et insertion à la paupière inférieure. Cette opération, faite à l'anesthésie locale, permet de rétablir la direction de la fente palpébrale qui, d'oblique en bas et en dehors, devient horizontale. Les deux paupières, dans le voisinage de la commissure externe, se trouvent ainsi constituées au dépens du lambeau greffé bifurqué.

11 juillet. — Ablation des fils. Excellent état.

27 juillet. — Libération des paupières, sous anesthésie locale, après quarante jours de blépharorrhaphie.

4 août. — La malade souffre de l'œil gauche. Elle présente en effet des érosions superficielles de la cornée. On prescrit des instillations de novocaïne et de la pommade iodoformée.

5 août. — Ablation de quelques cils qui semblent être la cause de l'irritation de la cornée.

10 août. — *Canthotomie externe*, destinée à atténuer la pression de la paupière supérieure sur le globe.

16 août. — La malade continue à souffrir malgré l'ablation répétée de quelques petits cils.

18 août. — Cautérisation superficielle, au galvano-cautère' du cul-de-sac conjonctival au niveau de la région douloureuse, en haut et en dehors. Cette cautérisation n'est pas suivie d'une modification sensible de la douleur.

23 août. — L'acuité visuelle est de 8/10 pour l'œil droit et de 2/10 à peine pour l'œil gauche, au lieu de 1 le 1^{er} juin. Cette baisse de la vision de l'œil gauche, qui peut-être attribuée aux érosions cornéennes, s'accompagne de *diplopie*. Celle-ci est homonyme dans le regard à gauche, croisée dans le regard à droite, verticale dans le regard en bas. Il y a, en somme, une limitation marquée de l'excursion du globe, déterminant une diplopie complexe, variant suivant la direction du regard.

Il n'y a pas de diplopie dans le regard en haut, par suite de l'immobilité relative de la paupière supérieure greffée.

La malade continue à souffrir, surtout la nuit et dans le regard en haut, comme si la douleur provenait du contact de la paupière supérieure avec la cornée. Celle-ci présente des érosions multiples prenant bien la fluorescéine.

12 août. — *Canthotomie exploratrice* à l'anesthésie locale. Incision horizontale longue de 4 à 5 centimètres, atteignant en profondeur le plan osseux. On constate que les tissus sont parfaitement sains. Deux points de suture au crin.

16 août. — Ablation des crins. Bonne coaptation.

La malade continue à souffrir.

20 août. — L'acuité de l'œil droit est de 8/10 avec — 0, 50 celle de l'œil gauche est redevenue presque normale (8/10).

A l'examen tonométrique on trouve :

$$\text{T. O. D.} = \frac{7,5}{7} = 18 \text{ m/m.}$$

$$\text{T. O. G.} = \frac{3}{7,5} = 40 \text{ à } 45 \text{ m/m.}$$

Prescription de pilocarpine à instiller quatre fois par jour dans l'œil gauche.

26 août. — Les douleurs oculaires et périorbitaires momentanément calmées par les instillateurs de pilocarpine, ont reparu avec une grande intensité.

2 novembre. — Persistance des érosions cornéennes.

La malade souffre, tantôt à la partie externe de l'arcade sourcilière et au niveau de la commissure externe; tantôt elle éprouve des douleurs rétro-oculaires. Cet état reste sans changement jusqu'au milieu de décembre malgré l'épilation, les lavages au sérum, les instillations répétées d'anesthésiques et l'application quotidienne de pommade iodoformée.

14 décembre. — *L'énucléation* est alors décidée, et pratiquée. Sous anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. Pas d'incidents.

16 décembre. — La malade ne souffre plus depuis l'intervention, aucune réaction palpébrale.

19 décembre. — Excellente cavité. Pas de sensibilité. On prescrit le port d'une prothèse.

3 janvier 1916. — La malade porte son œil de verre. Celui-ci est très bien toléré.

5 janvier. — Examen de l'œil droit : V = 1. Prescrit pour la vision rapprochée une verre sphérique de + 0ⁿ,50.

Le fond de l'œil est normal. Exeat.

L'examen de l'œil énucléé montre une atteinte des couches superficielles de la cornée, lésion qui explique en partie les douleurs éprouvées depuis quatre mois.

8 mars 1916. — La cavité est bourgeonnante et suintante.

La pièce artificielle n'est plus tolérée.

1^{er} mai 1916 — La malade recommence à souffrir modérément de la région orbito-faciale gauche.

Les bourgeons sont moins volumineux. L'acuité de l'œil droit est égale à 1.

La vision rapprochée est normale avec un verre sphérique de + 0,75.

OBSERVATION X

(Morax)

Blessure de guerre. — Anophtalmie O. D. — Ectropion cicatriciel et fistule nasale. — Opération de Syndacker en deux temps avec utilisation du pédicule.

D..., Alfred, dix-neuf ans, blessé le 2 juin 1915, par un éclat d'obus qui atteint l'œil droit.

22 août 1915. — Le blessé entre à l'hôpital, évacué du Lycée Buffon sur le service ophtalmologique de Lariboisière, suivant le conseil du Dr Lumière.

Examen. — Il présente alors au niveau de l'œil droit, outre l'anophtalmie opératoire, une assez grosse perte de substance de la région orbito-nasale. La communication de la plaie avec la cavité du nez entretient la suppuration qui

persiste malgré les pansements quotidiens avec introduction d'une mèche.

Le bord libre de la paupière inférieure est attiré obliquement en bas et en dedans, de la commissure interne à la fistulenasale, formant avec l'horizontale un angle de 45 degrés.

Le cul-de-sac inférieur est éversé.

Le bord libre de la paupière supérieure est détruit à la partie interne.

L'œil gauche est normal : V = 5/5.

26 août 1915. — *Intervention* par M. Morax, assisté par Lenoir et Carvalho.

Anesthésie chloroformique par M. Scarlett.

Durée : une heure. Dose : 40 centimètres cubes.

Libération de la paupière inférieure par une incision parallèle au bord libre, à un demi-centimètre de ce bord. Libération du cul-de-sac conjonctival dont le fond est fixé au rebord orbitaire inférieur à l'aide d'un point de suture au catgut. On pratique la blépharorrhaphie.

On dissèque, parallèlement au sterno-cléido-mastoïdien, un lambeau cervical large de 2, 5 à 3 centimètres dont le pédicule est situé immédiatement en arrière de l'angle maxillaire et l'extrémité au niveau de la clavicule. Cette dissection est rendue difficile par le voisinage de la veine jugulaire externe qui se trouve sous-jacente au lambeau sur une hauteur d'au moins 5 centimètres.

Après réunion de la plaie cervicale, on insère l'extrémité du lambeau au niveau de la perte de substance. Sutures au crin de Florence.

28 août. — Coaptation parfaite. Excellente reprise du lambeau qui ne présente pas trace de nécrose.

30 août. — Pansement. Ablation des fils au niveau des régions cervicale et palpébrale. Bon aspect du lambeau.

31 août. — Pansement.

9 septembre. — Curettage des bourgeons charnus à la face profonde du pont cutané. Le pansement comporte aussi l'introduction d'une petite mèche dans la fistule nasale.

14 septembre. — *Deuxième temps de l'autoplastie.* (M. Morax assisté par M. Carvalho). Anesthésie locale.

On sectionne le pédicule au ras du cou et, après avoir assuré l'hémostase par torsion de quelques artérioles, on applique trois sutures au crin de Florence au niveau de la surface de section.

Puis avec de grandes précautions d'asepsie on dissèque la partie cutanée du pédicule adjacent à la paupière inférieure greffée. Une fois le panicule adipeux réséqué, en même temps que le surplus du pédicule, il reste un nouveau lambeau cutané, long de 5 à 6 centimètres, à pédicule palpébral inférieur, lambeau que l'on utilise pour l'autoplastie de la paupière supérieure.

Pour cela, on incise cette paupière de dehors en dedans parallèlement au bord libre, puis en remontant obliquement en haut jusqu'à la racine du nez. Le lambeau, après avoir contourné la commissure externe, est inséré dans la perte de substance et fixé par des points de suture à la soie.

16 septembre. — Pansement. Bon état. Introduction d'une mèche dans l'orifice de communication nasale.

8 septembre. — Ablation des fils.

20 septembre. — L'extrémité du lambeau réfléchi est nécrosée.

Excision sur une longueur de 1 centimètre environ.

21 septembre. — La partie réfléchie du lambeau paraît avoir une nutrition satisfaisante, mais sa coaptation avec les bords de la plaie est imparfaite.

23 septembre. — Excision de la partie renversée du lambeau. La plaie rétro-maxillaire n'est pas encore cicatrisée.

25 septembre. — La suppuration est très diminuée. Bon aspect des tissus. Suppression de la mèche.

2 octobre. — Bon état de la paupière greffée. Pansement à renouveler tous les deux jours.

16 octobre. — Il persiste encore un peu de suppuration au niveau de la petite plaie rétro-maxillaire. La fistule nasale est complètement fermée.

19 octobre. — *Autoplastie complémentaire de la paupière inférieure à l'aide d'un lambeau pédiculé frontal.* Anesthésie à la cocaïne (M. Morax).

20 octobre. — Pansement. Bonne coaptation.

23 octobre. — Ablation des fils.

27 octobre. — Excellent état de la greffe.

4 décembre. — Rien de particulier. Bon état.

16 décembre. — Libération des paupières. Présenté au D^r Coulomb pour prothèse. La cavité conjonctivale est étroite et n'admet qu'une petite prothèse.

27 décembre. — Proposé au conseil de réforme. Œil gauche normal : V. = 1.

OBSERVATION XI

(Snydacker)

Rhino-blépharoplastie à l'aide d'un lambeau pédiculé cervical, avec utilisation secondaire du pédicule.

Dans un cas de lupus traité par les rayons de Röntgen, ces rayons déterminèrent une brûlure grave, suivie des destruction de la peau au niveau du nez, de la joue, de la paupière inférieure et du canthus externe. Il en résulta une rétraction cicatricielle du canthus externe avec ectropion de la paupière inférieure et une destruction presque complète de la peau de la face latérale du nez ; de plus, le tissu cicatriciel de la région orbitaire était partout adhérent à l'os.

Dans ce cas, j'ai taillé un lambeau allant de l'angle de la mâchoire jusqu'au-dessus de la clavicule, lambeau quelque peu semi-circulaire à concavité antérieure et dont l'extrémité aboutit plus en avant que dans les incisions que j'ai décrites précédemment. J'ai trouvé, en effet, que de cette façon il était plus facile d'amener en haut le lambeau cervical sans tordre le pédicule.

Dans cette opération, j'ai combiné avec succès une rhinoplastie avec une blépharoplastie. Pour cela, j'ai d'abord entrepris la réfection nasale, et, neuf jours après, j'ai utilisé le pont du lambeau pour reconstituer la paupière inférieure et le canthus externe, conformément aux indications de Morax.

Je ne crois pas qu'aucun autre procédé de restauration cutanée m'eût donné dans le cas présent les mêmes résultats,

si ce n'est peut-être la méthode italienne de Branca, de Graefe, laquelle néanmoins est certainement moins simple et moins chirurgicale.

OBSERVATION XII

(Snydacker)

Autoplastie palpébro-nasale en deux temps à l'aide d'un lambeau pédiculé cervical.

Il s'agit d'un jeune homme blessé par une automobile : arrachement de la peau d'un côté de la face, contusion, hémorragie et souillure par la poussière de la rue.

Il s'en suivit une suppuration grave atteignant le périoste. Une partie du nez fut détruite et la paupière inférieure, dont il ne restait qu'un débris de cartilage, fut trouvée éversée et adhérent intimement au périoste de la région sous-orbitaire.

Dans ce cas, j'ai employé de nouveau le procédé modifié par Morax en restaurant d'abord le nez et m'efforçant ensuite de refaire une nouvelle paupière inférieure (Celle-ci n'était pas en ectropion mais bien presque complètement détruite). Je ne fus pas aussi heureux dans ce cas que dans le précédent : la rhinoplastie ne laissa rien à désirer, mais le pont cutané, utilisé au bout de dix jours pour reconstituer la paupière inférieure, se nécrosa en presque totalité et seule la partie interne de la paupière resta intacte.

Je crois que dans ce cas j'ai opéré trop tôt, avant la terminaison du processus infectieux. J'ai l'intention de procéder dans quelques semaines à une nouvelle intervention.

11 juin 1918. — Dans ce cas j'ai opéré avant que ne fût achevée l'inflammation consécutive à la blessure et j'ai perdu une partie de mon lambeau. A la suite de cette perte cutanée, j'ai dû faire une autoplastie complémentaire à lambeau temporal. Or, ce lambeau de petites dimensions a causé une difformité cicatricielle plus manifeste que le grand lambeau cervical, tant il est vrai que les prélèvements dans le voisinage de l'œil sont plus mutilants que les prélèvements au niveau du cou, car dans cette région la cicatrice est rendue presque invisible par les vêtements.



CONCLUSIONS

I. L'opération de Snyder est une modalité d'autoplastie palpébro-faciale à lambeau pédiculé, celui-ci étant prélevé à distance, au niveau de la face latérale et antérieure du cou.

II. L'originalité de ce procédé réside dans l'emploi d'un long lambeau dont la totalité ne repose pas sur la surface cruentée mais se trouve en partie en contact avec la peau de la joue, et dont la nutrition ne se fait qu'aux deux extrémités.

III. Le lambeau, à pédicule mastoïdien, est prélevé le long du sterno-cleïdo-mastoïdien, son extrémité inférieure est fixée à la perte de substance palpébrale et le pont cutané est sectionné au bout de quelques jours.

IV. La partie du lambeau qui fait suite au greffon, au lieu d'être réséquée purement et simplement, est parfois utilisée en vue d'une autoplastie secondaire (Morax).

Indiqué dans les pertes de substance étendues, et lorsque le tissu périorbitaire est cicatriciel, le procédé de Snyder est contre-indiqué en cas d'inflammation ou de suppuration de la plaie ou des régions environnantes.

Vu le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse
HARTMANN

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Snydacker (E. F.)*. — Archives of ophtalmology, vol. XXXV, p. 57.
- Kl. Monatsblaetter für Augenheilkunde, vol. XLV, p. 71.
- Morax (V.)*. — Annales d'oculistique, janvier 1908, p. 14 à 30.
- Morax (V.) et Béal (R.)*. — Ibid., p. 31 à 42.
- Morax (V.)*. — Précis d'ophtalmologie.
- Valude (E.)*. — Traité de chirurgie oculaire (in Encyclopédie française d'ophtalmologie, p. 203).
- Terson (A.)*. — Maladies de l'œil (in nouveau Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, fasc. XVII, p. 59).
- Morestin*. — Autoplasties, *ibid.*
- Berger (P.)*. — La méthode italienne (communication à l'Académie de médecine, 1889. Rapport à la Société de Chirurgie, 1900).
- Nélaton (Ch.) et Ombrédanne*. — La rhinoplastie.
- Les autoplasties.
- Depage*. — La chirurgie réparatrice de la face. (Congrès de chirurgie, 1905).
- Del Mazo*. — Blépharoplastie par le procédé de Snydacker (Revista Ibero-Americana de Ciencias Medicas. Madrid, juin 1909).
-



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
A) <i>Historique</i> . — 1° Exposé des diverses méthodes d'autoplastie.....	11
2° Historique de l'opération de Snyder. Ses caractéristiques	15
B) <i>Technique</i> . — 1° Soins préopératoires.....	17
2° Préparation de la surface cruentée.....	18
3° Aperçu anatomique et prélèvement du lam- beau cervical.....	19
4° Réunion de la plaie cervicale.....	25
5° Fixation du lambeau greffé.....	26
6° Pansement.....	26
7° Section du pédicule.....	28
8° Autoplastie secondaire (ses avantages, ses in- convénients).....	28
C) <i>Résultats</i>	31
Tableau synoptique. Indications et contre-indica- tions	
D) <i>Observations</i>	37
CONCLUSIONS.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	75

